



# **Relació entre els determinants socials de la salut i la conducta suïcida a la comarca d'Osona durant els anys 2013-2015**

**Màster en Promoció de la Salut**

**Treball Final de Màster**

Curs 2015-16

**Tutor:**

David Ballester Ferrando

**Autora:**

Judit Pons i Baños

# AGRAÏMENTS

Vull agrair molt especialment al meu tutor, en David Ballester Ferrando, per el suport permanent en la realització del treball.

Al servei de psiquiatria i salut mental i als companys de l'equip d'atenció a les persones amb conducta suïcida, especialment a la Lola Riesco.

Al Doctor Arrufat, per haver-me fet créixer a nivell professional i haver-me obert les portes a aquest camp de coneixement.

A la Raquel Carrera i en Jordi Naudó, per haver-me ajudat en l'accés i contrast de les dades.

A l'Emi Chirveches i l'Emma Puigoriol, pel suport donat amb l'anàlisi estadística.

A la família i amics, per el suport incondicional i la comprensió de la meva intensitat de dedicació en aquest treball.

A totes les persones que comparteixen amb mi un dels moments més complicats de la seva vida: moltes gràcies per la vostra confiança.

# ÍNDIX DE CONTINGUTS

<b>RESUM</b> .....	5
<b>MARC TEÒRIC</b> .....	8
<b>Introducció</b> .....	8
<b>Presentació de la conducta suïcida</b> .....	9
Terminologia .....	9
Variació temporal.....	10
Mètodes utilitzats .....	11
Impulsivitat.....	12
Factors precipitants .....	12
<b>Factors associats a la conducta suïcida</b> .....	13
Característiques clíniques .....	13
Característiques demogràfiques .....	15
Característiques socials.....	16
<b>Prevenció de la conducta suïcida</b> .....	18
<b>OBJECTIUS</b> .....	20
<b>METODOLOGIA</b> .....	21
<b>Disseny</b> .....	21
<b>Àmbit</b> .....	21
<b>Població</b> .....	21
<b>Mostra</b> .....	21
<b>Variables</b> .....	22
<b>Instruments</b> .....	28
<b>Procediment</b> .....	29
<b>Anàlisi de les dades</b> .....	29
<b>Aspectes ètics</b> .....	30
<b>RESULTATS</b> .....	31
<b>Característiques socio-demogràfiques i clíniques de la persona que realitza una conducta suïcida</b> .....	31
<b>Característiques de la conducta suïcida</b> .....	34
<b>Relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida</b> .....	39

<b>DISCUSSIÓ .....</b>	<b>40</b>
<b>Característiques socio-demogràfiques i clíniques de la persona que realitza una conducta suïcida .....</b>	<b>40</b>
<b>Relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida.....</b>	<b>44</b>
<b>Limitacions .....</b>	<b>45</b>
<b>Futures línies de recerca.....</b>	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>47</b>
<b>Característiques socio-demogràfiques i clíniques de la persona que realitza una conducta suïcida .....</b>	<b>47</b>
<b>Característiques de la conducta suïcida.....</b>	<b>47</b>
<b>Relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>54</b>

# RESUM

**Introducció:** El suïcidi és un problema de salut pública que afecta prop d'un milió de persones al món cada any i és la segona causa de mort de les persones entre 15 i 29 anys. A Catalunya l'any 2013 van morir per suïcidi 544 persones i va esdevenir la primera causa de mort entre els joves de 25 a 44 anys a Catalunya. Com en altres aspectes de salut, els determinants socials es relacionen amb el suïcidi. De fet els contextos socials i ambientals presenten una gamma heterogènia de factors que poden influir en la conducta suïcida. Entre els factors de risc que envolten el suïcidi, hi trobem diversos aspectes demogràfics, socials i clínics com són l'edat, el sexe, la presència de trastorn mental, la història de conductes suïcides prèvies, l'estat civil i la situació laboral.

Conèixer els factors específics que afecten la conducta suïcida permetrà identificar punts de millora que es puguin incloure als programes d'atenció que actualment es porten a terme en la prevenció del suïcidi.

**Objectius:** Descriure les característiques socio-demogràfiques i clíniques de les persones que han realitzat una conducta suïcida a la comarca d'Osona així com les característiques de la conducta suïcida segons la seva forma d'aparició i analitzar la relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida.

**Metodologia:** Estudi descriptiu transversal retrospectiu de les persones que van presentat conducta suïcida a la comarca d'Osona durant el període 2013-2015. Es van analitzar les característiques socio-demogràfiques i clíniques d'aquestes persones, així com les característiques de la conducta suïcida segons ideació suïcida, violència autodirigida interrompuda, intent de suïcidi o suïcidi.

**Resultats:** Es van registrar 555 episodis de conducta suïcida en 452 pacients. Hi va haver un total de 32 suïcidis. L'edat mitjana global va ser de 43,65 anys (DE 16,786) i de les persones que van morir per suïcidi va ser de 58,81 anys (DE 17,576). En el total de persones, un 63,1% (n=285) van ser dones i en els que van morir per suïcidi, un 78,1% (n=25) van ser homes. La majoria dels que van morir per suïcidi eren pensionistes, amb un 61,5% (n=16). La presència de trastorn mental es va associar de forma significativa amb la conducta suïcida, amb una presència global del 91,1% (n=412). La majoria dels suïcidis es van produir per penjament amb un 37% (n=12) mentre que la majoria dels intents es van produir per sobreingesta medicamentosa amb un 75% (n=303).

**Conclusions:** Els factors que més s'associen a la conducta suïcida en el nostre estudi són l'edat, amb major edat associada al suïcidi, el sexe amb una taxa més elevada d'homes que moren per suïcidi i de dones que presenten altres tipus de conducta suïcida i la presència de trastorn mental, amb més presència entre els que no moren per suïcidi. L'estat civil (viduïtat) i la situació laboral (pensionista) també es troben associats a les morts per suïcidi.

**Paraules clau:** Suïcidi, Determinants socials de la salut, Factors de risc, Salut mental.

**Introduction:** Suicide is a public health problem that affects near one million people worldwide every year. It is the second cause of death for people aged 15 to 29 years. In 2013 544 people died by suicide in Catalonia, and became the leading cause of death among people from 25 to 44 years old.

As in other health issues, social determinants of health are related to suicide. Indeed, social and environmental contexts show a heterogeneous range of factors that may influence suicidal behavior. Among suicide risk factors, there are some demographic, social and clinical aspects such as age, gender, mental disorder, history of previous suicidal behavior, marital status and employment status.

The knowledge of specific factors affecting suicidal behavior may help to identify improvement areas to include to current suicide prevention programs.

**Objectives:** To describe social, demographic and clinical characteristics of people with suicidal behavior in Osona and the characteristics of the suicidal behavior. To analyse the relationship of the determinants of health with suicidal behavior.

**Method:** A retrospective cross-sectional study was conducted on people with suicidal behaviour in the region Osona during the period from 2013 to 2015. Their characteristics, both sociodemographic and clinical were registered and analyzed. Suicidal behavior characteristics were classified as suicidal ideation, interrupted self-directed violence, suicide attempt and suicide.

**Results:** A total of 555 cases of suicide behavior that corresponded to 452 patients were analyzed. There were a total of 32 suicides. The average age was 43.65 years (SD 16.786) and 58.81 years (SD 17.576) for those who died by suicide. 63.1% of global individuals (n=285) were women and a 78.1% (n=25) were men in those who died by suicide. Most of those who died by suicide were pensioners, with 61.5% (n=16). Mental disorder was significantly associated with suicidal

behavior, with a global presence of 91.1% (n=412). Most suicides occurred for hanging with 37% (n=12) while most of the attempts were caused by drug overdose with 75% (n=303).

**Conclusions:** In our study the main factors associated with suicidal behavior are age, with older related to suicide, sex with a higher rate of men who die by suicide, mental disorder, with more prevalence among those who don't die by suicide. Marital status (widows) and employment status (pensioner) are also related to suicide deaths.

**Keywords:** Suicide, Social determinants of health, Risk factors, Mental health.

# MARC TEÒRIC

## Introducció

El suïcidi és un problema de salut pública que afecta prop d'un milió de persones al món cada any i és la segona causa de mort de les persones entre 15 i 29 anys (1). Es calcula que per cada suïcidi, hi ha sis persones del seu entorn que queden directament afectades per aquest fet, amb totes les implicacions sanitàries i socials que comporta (2).

A Catalunya l'any 2013 van morir per suïcidi 544 persones, exactament el doble que els morts per accident de trànsit el mateix any (3). El 2013 el suïcidi va esdevenir la tercera causa de mortalitat evitable i la primera causa de mort entre els joves de 25 a 44 anys a Catalunya (4).

La OMS defineix els determinants socials de la salut com les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut. Entre les conclusions de la comissió creada per estudiar aquest àmbit, es recomana mesurar la magnitud del problema, analitzar-lo i avaluar els efectes de les intervencions (5).

En aquest sentit, el departament de salut el 2014 va elaborar un informe sobre els determinants socials i econòmics de la salut, on s'estudiaven els efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya (6). En aquest informe s'analitzaven un conjunt d'indicadors per descriure l'evolució d'una sèrie de dades socioeconòmiques, d'accessibilitat i utilització dels serveis i de la salut en el marc de la crisi econòmica. De l'informe es desprenia que a partir del 2008 hi havia hagut un creixement negatiu del producte interior brut a partir del 2008 així com un increment continuat de l'atur entre els anys 2006 i 2013 (passant del 7,5% al 24,5%), augmentant la desigualtat en la distribució de la renda i evidenciant un empitjorament de les condicions socioeconòmiques de la població catalana. Si bé l'informe no mostrava canvis en la mortalitat per suïcidi durant el període estudiat (2007-2012), sí que mostrava un augment en el consum de psicofàrmacs i un augment rellevant de les taxes d'hospitalització per intent de suïcidi i s'apunta que podria estar relacionat amb el patiment associat a les pitjors condicions de vida de la població (6).



## Presentació de la conducta suïcida

### Terminologia

A la literatura trobem nombroses definicions de suïcidi, des de la proposada per Émile Durkheim el 1897 que defineix el suïcidi com “tots els casos de mort resultants directament o indirectament d'un acte positiu o negatiu de la pròpia víctima, que sap que produirà aquest resultat”, a la definició de la Organització Mundial de la Salut (OMS) de 1998 que diu “l'acte de matar-se un mateix deliberadament iniciat i dut a terme per la persona plenament conscient o amb la previsió del resultat fatal”. Els experts mundials han plantejat la importància de consensuar definicions per, entre altres, poder avançar en la recerca a nivell mundial (7,8).

La conducta suïcida es mou en un contínuum que va de menys a més en les tendències suïcides, des d'una ideació suïcida fugaç i no planificada fins a la mort per suïcidi (9).

Hi ha autors com Silverman que han proposat una classificació exhaustiva de la conducta suïcida que contempla totes les fases incloses, des de les idees passives de mort fins a la mort per suïcidi tenint en compte la intencionalitat d'aquesta. A la pràctica, però, poques vegades s'utilitzen classificacions tan complexes (10,11).

La OMS en el seu informe de 2014 sobre la conducta suïcida a nivell mundial, va incloure la ideació suïcida i, a efectes de l'informe, va proposar les següents definicions (1):

- **Suïcidi:** l'acte de matar-se a sí mateix de forma deliberada.
- **Intent de suïcidi:** qualsevol conducta suïcida no fatal, ja sigui emmetzinament intencionadament autoinflingit, ferida o autolesió, que pot o no tenir un objectiu intencionalment fatal.
- **Conducta suïcida:** una sèrie de comportaments que inclouen pensar en el suïcidi (o ideació), planejar el suïcidi, intentar el suïcidi i el suïcidi en sí mateix.

Un altre organisme que ha treballat en la revisió de la terminologia en la conducta suïcida és el *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* dels Estats Units.

En la seva proposta, a part del suïcidi i l'intent de suïcidi, defineix la **ideació suïcida** com “pensar, considerar o planejar el suïcidi” i, a més, defineix el terme **violència autodirigida interrompuda** (per un mateix o per altres) com “una persona pren mesures per lesionar-se però és aturada, per ella mateixa o per altres persones, abans de fer-se mal”. En aquesta revisió de termes, es pretén deixar d'utilitzar altra terminologia que pot tenir connotacions negatives com seria “gest suïcida”, “suïcidi no fatal” o “conducta parasuïcida” (12).

### Variació temporal

S'ha estudiat la variació temporal del suïcidi des de fa molts anys, de fet Durkheim el 1951 ja explorava aquest fet. S'ha vist que les variacions difereixen segons el context geogràfic i socio-cultural (13).

A l'hemisferi Nord es veu un augment en la incidència dels suïcidis a finals de primavera i principis d'estiu i un segon augment coincidint amb la tardor però aquest sobretot en les dones (13,14).

La màxima incidència segons el dia de la setmana s'ha observat en dilluns, i la més baixa durant el cap de setmana (13). Es suggereix que la transició del temps de lleure del cap de setmana a l'inici de la setmana laboral pot influir en aquest fet (en un estudi realitzat a Israel la incidència màxima era els diumenges, dia d'inici de la seva setmana laboral) (15).

Aquesta variabilitat s'explica des de diferents models:

- A nivell biològic es relaciona amb una baixa activitat serotoninèrgica que augmentaria la conducta suïcida en algunes èpoques de l'any, com seria la primavera (13,14).
- A nivell sociològic es relaciona amb el grau i tipus de contacte social (13).
- A nivell psicològic es relaciona amb l'*efecte de la promesa trencada*, segons el qual la conducta suïcida es posposaria esperant un nou començament en un període determinat i, passat aquest sense canvis, precipitaria la conducta suïcida (13).
- Alguns estudis mostren un patró d'estacionalitat més marcada en àrees rurals que en les urbanes i ho atribueixen a motius socio-econòmics (facilitat d'accés als pesticides en determinades èpoques de l'any) (14).

Pel que fa als intents de suïcidi, també s'ha vist un augment a la primavera (14).

A Espanya el 2013 els mesos d'hivern van ser els que van registrar un menor nombre de suïcidis, mentre que hi van haver pics els mesos d'inici de primavera (març), estiu (juny, el més amb major nombre de suïcidis diaris) i la tardor (setembre) (16).

El 2014 el mes de juny es va mantenir com el mes amb més suïcidis, seguit d'agost i juliol, i el mes amb menys suïcidis va ser desembre, seguit de novembre i febrer (17).

Altres aspectes trobats a la literatura respecte la presentació temporal de la conducta suïcida són períodes vacacionals (disminució abans i durant, i augment després), Nadal (disminució sobretot en les dones) i Cap d'any (augment després del canvi d'any). També s'ha estudiat si hi havia relació amb el mes de naixement i l'existència de l'efecte *Birthday Blues* segons el qual hi hauria un augment de suïcidis entorn a la data de l'aniversari. Ambdues propostes han mostrat resultats contradictoris (13,14,18,19).

### Mètodes utilitzats

La majoria d'estudis concorden que les armes de foc i el penjament són els mètodes més letals, seguits de la intoxicació per gasos, la precipitació i la submersió, mentre que mètodes com l'emmetzinament, sobretot la sobreingesta farmacològica, són més comuns en els intents de suïcidi que en el suïcidi consumat (9).

Generalment els homes utilitzen mètodes més letals que les dones. A nivell mundial, els homes tendeixen a utilitzar armes de foc mentre que les dones sovint utilitzen la sobreingesta farmacològica. No hi ha diferències de sexe en alguns mètodes letals com el penjament, però la proporció de casos mortals és més baixa en les dones en tots els mètodes estudiats (20).

Un aspecte important respecte als mètodes, és l'accessibilitat a aquests. Així, als Estats Units les armes de foc són el mètode letal més utilitzat mentre que a altres països, els mètodes més freqüents són el penjament, la intoxicació per gasos i la precipitació (9). A Espanya el 2013 els mètodes més utilitzats van ser el penjament i la precipitació en els homes i la precipitació i el penjament en les dones (16). En un estudi sobre suïcidi a l'àrea metropolitana de Barcelona, el mètode més utilitzat va ser el penjament, seguit de precipitació i atropellament al tren (21).

Entre els adolescents, a part del penjament, els mètodes més utilitzats a nivell mundial són la precipitació i l'atropellament al tren (9).

L'emmetzinament és el mètode més utilitzat per les dones a la majoria dels països; les dones dels països occidentals utilitzen la sobreingesta medicamentosa, mètode menys letal, mentre que les dones de països orientals utilitzen els pesticides, mètode més letal (9).

La letalitat és la gravetat de la condició mèdica causada per l'intent de suïcidi. S'ha vist que la presència d'ideació suïcida pot ser predictora d'intents de suïcidi futurs, encara que s'ha demostrat una baixa correlació amb la letalitat d'aquests (9).

### Impulsivitat

A la literatura hi ha una manca de consens sobre què s'entén per impulsivitat en un intent de suïcidi. La terminologia utilitzada difereix, així, trobem que s'utilitzen termes com "intent de suïcidi impulsiu", "conducta suïcida no planificada", "suïcidi de baixa planificació", "intent de suïcidi no planificat", entre d'altres (22). Cal diferenciar la impulsivitat com a característica de la persona de la impulsivitat en l'intent. Tot i que hi ha escales per objectivar aquesta impulsivitat (com la Suicide Intent Scale de Beck), una gran part dels estudis defineixen la impulsivitat de la conducta suïcida com la realització de l'intent de suïcidi sense planificació prèvia o amb un breu interval de temps entre planificar i actuar, que aniria de 5 minuts a 3 hores. S'ha vist que la impulsivitat en la conducta suïcida es relaciona amb una letalitat més baixa en adults però sense diferències en adolescents i joves. Tot i que a nivell clínic es tendeix a relacionar la impulsivitat amb les conductes suïcides que es realitzen sota els efectes de l'alcohol o altres drogues, la majoria dels estudis no han trobat aquesta associació (23).

### Factors precipitants

Als Estats Units el Centre de Control i Prevenció de Malalties disposa del *National Violent Death Reporting System*, que monitoritza les característiques i els factors precipitants dels suïcidi en 18 estats. Les circumstàncies precipitants que contempla a part de les relacionades amb patir un trastorn mental, una addició o altres problemes de salut física, són l'existència de problemes legals, problemes laborals, problemes econòmics, problemes sentimentals i altres problemes relacionals (24).

En un estudi sobre els factors precipitants del suïcidi entre civils i membres de l'exèrcit als Estats Units, no es van trobar diferències entre les dues poblacions, i els factors més importants van ser el trastorn mental i els problemes sentimentals seguits de l'abús de substàncies, problemes laborals, problemes legals i problemes econòmics (25).

En un altre estudi realitzat en un context més proper al nostre, a Galícia, els motius descrits com a precipitants de la conducta suïcida van ser, a part de la presència de malaltia mental prèvia i el deteriorament de la salut en general, els problemes familiars seguit dels problemes sentimentals (26).

Pel què fa als intents de suïcidi, els motius no difereixen gaire: més de la meitat dels pacients referien conflictes interpersonals, seguit de problemes de salut mental (26,4%), dificultats econòmiques (15,4%), problemes de salut d'algú proper (10,2%) i, en menor mesura, patir una malaltia física (5,4%). Es van observar diferències segons l'edat; així, els conflictes interpersonals eren el motiu més compartit entre els joves, mentre que patir una malaltia física era més comú entre els majors de 65 anys. Tenir una malaltia mental i problemes econòmics eren factors de risc significants en persones majors de 45 anys, i tenir una malaltia mental també és un factor de risc important entre els adolescents i els adults joves (27).

## **Factors associats a la conducta suïcida**

Per prevenir el suïcidi és necessari conèixer-ne els seus factors de risc per tal de detectar-los i tractar-los si és possible.

### **Característiques clíniques**

S'estima que el nombre de persones que intenten suïcidar-se és de 10 a 20 vegades superior als que consumeixen el suïcidi (1). Les persones que han realitzat un intent de suïcidi tenen més risc de reintentar-lo i de consumir-lo. Un 40% dels suïcidis havien estat precedits d'almenys un intent de suïcidi previ. Així, el millor predictor per el suïcidi és haver presentat un intent de suïcidi previ. Els individus amb una història prèvia d'intents de suïcidi tenen de 5 a 6 vegades més de risc d'intentar-ho una altra vegada, especialment després dels 3 primers mesos. Un 2% dels individus que han realitzat un intent moren per suïcidi durant els 12 mesos

posteriors (9). Hi ha estudis que mostren que fins un 30% repeteix l'intent de suïcidi l'any posterior i un 10% acaben morint per suïcidi (27), d'altres eleven a un 50% els que repeteixen l'intent durant l'any posterior (28). Tot i així, es recomana més recerca en aquest sentit. Els costos econòmics associats amb l'ús dels sistemes de salut, així com el desgast mèdic i emocional dels pacients i les seves famílies, fan necessària recerca específica sobre la conducta suïcida (29).

Un dels factors de risc més importants és la presència de trastorn mental (22). Tot i que sempre s'ha parlat d'una prevalença d'un 90% de trastorn mental en el suïcidi consumat, alguns estudis recents apunten a una prevalença diferent, que, tot i mantenir-se elevada, es rebaixa al 80% a nivell global i amb una alta variabilitat segons la zona geogràfica (30,31).

Entre els trastorns mentals més prevalents en el suïcidi destaquen els trastorns afectius, seguits de l'ús de substàncies i malaltia psicòtica (22).

Pel que fa als trastorns afectius, el trastorn bipolar i unipolar són factors de risc importants per la conducta suïcida, mentre que el trastorn distímic sembla representar un menor factor de risc (9).

Les persones amb trastorn depressiu major tenen un risc de suïcidi 20 vegades superior a la població general i un risc més elevat d'intents de suïcidi greus que altres tipus de depressió (30). S'ha vist que el trastorn depressiu major és més prevalent en els morts per suïcidi de més edat que en els joves, amb un 80% de prevalença entre tots els morts per suïcidi d'aquesta franja d'edat (9).

El suïcidi representa un 15% de les causes de mort en el trastorn bipolar i entre un 8 i un 15% en l'esquizofrènia. Entre un 20 i un 50% de les persones amb esquizofrènia realitzaran un intent de suïcidi. Els intents de suïcidi en aquests pacients són més inesperats i de més gran violència i letalitat (9,22).

Pel que fa als trastorns de la personalitat, el risc de suïcidi també s'hi ha relacionat, sobretot amb el trastorn límit de la personalitat (TLP) degut a la marcada inestabilitat que el caracteritza. La comorbiditat amb el trastorn per ús de substàncies augmenta els intents de suïcidi i la letalitat en el TLP i en altres trastorns mentals (9).

Els trastorns relacionats amb l'ús de substàncies, particularment l'abús-dependència d'alcohol, són els més prevalents en els suïcidis conjuntament amb els trastorns de l'estat d'ànim. L'ús de substàncies té un gran impacte en la ideació

suïcida i els intents no planificats, fins i tot amb l'absència d'abús o dependència (32).

Hi ha evidència que els trastorns per ús d'alcohol augmenten de forma significativa el risc d'ideació suïcida, intents de suïcidi i suïcidi consumat. S'ha observat que països amb altes taxes de consum d'alcohol generalment tenen altes taxes de suïcidi (22).

Alguns estudis han establert una associació entre dependència a l'alcohol i intents de suïcidi impulsius. La relació entre el suïcidi i l'ús d'altres substàncies no ha estat tan estudiada com amb l'alcohol, però s'estima que el risc de suïcidi entre la població addicta a drogues il·legals estaria multiplicat per 17 (22,32).

Els adolescents que presenten intents de suïcidi o suïcidi consumat sovint presenten trastorn de la personalitat o trets, sobretot del clúster B. Els suïcidis consumats són més freqüents en adolescents amb diagnòstic d'abús de substàncies, trastorn afectiu i comorbiditat amb diferents trastorns mentals. L'abús d'alcohol i drogues són molt comuns en adolescents que moren per suïcidi i sembla que la impulsivitat és un factor de risc significatiu per intents de suïcidis amb elevada letalitat en aquesta etapa vital. També s'han associat els trastorns d'ansietat en adolescents amb la conducta suïcida (9). L'ansietat és un factor de risc potencial que es troba a la literatura. Sembla, però, que tot i trobar-se relació estadísticament significativa en ideació i intents de suïcidi en algun estudi (33), aquesta és feble, i en el suïcidi consumat no s'ha trobat aquesta relació. El trastorn que més es relaciona amb la conducta suïcida és el Trastorn per Estrès Post-Traumàtic (TEPT) (33).

### Característiques demogràfiques

Els intents de suïcidi són més comuns en les dones però més letals en els homes, a aquest fet se l'anomena "*paradoxa de sexe*". La ràtio home-dona dels intents és inversament proporcional a la dels suïcidis, fet que es dona principalment en els països occidentals. Als països orientals la diferència entre sexes disminueix i, en alguns llocs com a la Xina rural, les dones presenten unes taxes de suïcidi més altes que els homes (9).

Les dones utilitzen mitjans menys violents que els homes. Aquests utilitzen més armes de foc i penjament i les dones intoxicació farmacològica, submersió i precipitació (9,20).

Les diferències segons sexe en la letalitat dels intents augmenta en pacients psiquiàtrics i en l'edat avançada (9).

Pel que respecta a l'edat, a la vellesa es té un risc de suïcidi més elevat que qualsevol altre grup d'edat a tot el món i independentment del sexe. La gent gran fa menys intents que els més joves però amb una major letalitat. Això s'explica perquè hi ha una major planificació de l'intent de suïcidi i amb una clara intencionalitat letal, sumada a una fragilitat inherent de l'edat avançada (més sensibles a morir per les accions infligides) (9).

Les taxes més elevades de suïcidis a Espanya el 2014, es van produir en les persones més grans de 75 anys, essent la més elevada de 22,53 x 100.000 habitants en la franja de 85 a 89 anys mentre que la taxa global va ser de 8,42 (17).

A més, les persones grans sovint viuen soles i això fa que la possibilitat de rescat sigui baixa. L'edat també incrementa la prevalença de diagnòstic de trastorn mental i d'abús de tòxics, ambdós correlacionen amb un risc més alt de suïcidi. Els mètodes més utilitzats en la gent gran són les armes de foc i el penjament (9).

Els suïcidis en infants són infreqüents, a Espanya el 2014 la taxa en menors de 15 anys va ser de 0,142 x 100.000 habitants (17). Comença a augmentar la freqüència durant l'adolescència i assoleix el primer pic a principis de la dècada dels 20 anys (9). A Espanya el 2014 la taxa entre els 20 i 24 anys va ser de 5,42 x 100.000 habitants (17).

### Característiques socials

Com en altres aspectes de salut, els determinants socials es relacionen amb el suïcidi. De fet els contextos socials i ambientals presenten una gamma heterogènia de factors que poden influir en la conducta suïcida. Entre els factors de risc que envolten el suïcidi, hi trobem diversos aspectes socioeconòmics com és la situació laboral (22,34,35).

S'ha estudiat l'impacte de la crisi econòmica amb el suïcidi i els resultats no són concloents. Hi ha estudis que mostren que hi ha una associació significativa entre factors econòmics i suïcidi, sobretot pel que fa a l'atur (36-38), i s'ha vist que invertir en programes d'ocupació (més de 190 dòlars per persona) i altres aspectes de protecció social i laboral fan que aquesta associació es mitigui (39). També s'ha vist que tot i la relació de l'atur amb les taxes de suïcidi, cal tenir-lo en compte com



un factor de confusió, ja que l'atur es relaciona amb un augment del consum d'alcohol i amb un augment dels divorcis, ambdós factors relacionats també amb el suïcidi (40). Les relacions de baixa qualitat, els conflictes interpersonals i la separació i/o divorci són factors que sovint precipiten les conductes suïcides. S'ha estudiat que les relacions afectives juguen un paper important en el desenvolupament i exacerbació de la ideació suïcida, els intents i els suïcidis consumats, esdevenint el trencament de les relacions i les relacions de baixa qualitat un factor de risc important per a l'aparició de conducta suïcida, a més la pèrdua de la parella (tant per divorci com per viduïtat) s'associa amb un increment dels suïcidis (41,42).

Tornant a la relació entre crisi econòmica i conducta suïcida, a nivell espanyol diferents estudis realitzats aporten resultats que divergeixen. En un estudi fet sobre els intents i la ideació de suïcidi abans i després de la crisi (2001-2002 i 2011-2012), conclou que no hi ha diferències (43). En un altre estudi, es troba un augment d'un 1,21% de suïcidis per cada 10% d'augment de la desocupació, però sense associació significativa (44). En un estudi recent, però, s'ha vist que la disminució del creixement econòmic i l'increment de la desocupació afecten negativament a les taxes de suïcidi i que el 2013 es van perdre 38.038 anys potencials de vida laboral a Espanya a causa del suïcidi (29).

A Catalunya no s'ha trobat significació estadística en l'increment de les taxes de suïcidi des del 2010, però sí que s'ha trobat un augment significatiu en les dones de 16-64 anys que viuen en municipis urbans (de més de 10.000 habitants) i recomanen tenir en compte el nombre d'habitants del municipi, l'edat i el sexe en futurs estudis (45). Altres apunten que les taxes de suïcidi entre joves són més elevades en el medi rural (46).

Els processos migratoris és un dels múltiples factors que influeixen en l'heterogeneïtat de risc de suïcidi a Europa. S'ha pensat que la població migrada tenia més risc per diferents motius: poden haver patit situacions vitals estressants al país d'origen (guerra, pobresa, repressió política, etc.), les condicions de vida al país receptor poden ser estressants (discriminació, marginació, situació socio-econòmica més desavantajosa respecte a la població del país d'acollida, barrera idiomàtica, conflictes d'aculturació intergeneracionals, etc.), però també tenen factors protectors com poden ser els vincles familiars o tradicions culturals i/o religioses protectores. El que s'ha vist és que hi ha una gran heterogeneïtat del

risc de suïcidi entre els immigrants en els països europeus respecte a les poblacions d'acollida i que aquest risc està relacionat amb el risc de suïcidi del país d'origen. Així, s'ha observat que immigrants procedents de països amb risc elevat de suïcidi que migren a països amb baix risc de suïcidi, tenen un risc de suïcidi més elevat que la població d'acollida en termes estadístics i a l'inrevés, hi ha grups d'immigrants amb un risc de suïcidi més baix que la població d'acollida (47).

## **Prevenió de la conducta suïcida**

La OMS recomana que els serveis de salut incorporin la prevenció del suïcidi com un component central i constata que la identificació precoç i la gestió efectiva de la conducta suïcida són la clau per assegurar que les persones afectades rebin l'atenció que necessiten (1). De fet, s'ha vist que l'ajuda percebuda a nivell individual i la participació organitzacional a nivell d'àrea administrativa, són importants per la prevenció del suïcidi i per tant cal tenir en compte el capital social com un concepte multidimensional (48).

L'any 2006 es va observar una taxa de suïcidis a la comarca d'Osona per sobre de la catalana i el Consorci Hospitalari de Vic (CHV) va signar el primer conveni de col·laboració amb l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) (49). Es va plantejar la reducció de la taxa de suïcidis com un objectiu estratègic del servei de psiquiatria i salut mental i del propi CHV, i es van començar a implantar diverses estratègies de prevenció del suïcidi, com són l'anàlisi dels casos de suïcidi consumat de la comarca per part de la comissió mixta de mortalitat (formada per el forense de l'IMLC, la Cap de Qualitat del CHV, el Director del Servei de Salut Mental del CHV i la Tècnica de mortalitat del CHV), formació als *gatekeepers* (informació sobre el suïcidi a professionals d'atenció primària, cossos de seguretat...), valoració del risc de suïcidi a l'alta dels pacients ingressats a la unitat d'hospitalització de psiquiatria per conducta suïcida i teràpia grupal per pacients amb múltiples intents de suïcidi.

Així, la taxa de mortalitat per suïcidi en majors de 20 anys a la comarca d'Osona va passar d'un 10,7x100.000hab durant el període 2003-2007 (una mortalitat superior a la mitjana de Catalunya estadísticament significativa) a disminuir un

11% en el període 2010-2013 (mortalitat sense diferències estadísticament significatives respecte a la mitjana catalana) (50).

L'any 2012 es va implantar el Programa de Gestió de Casos de Temptatives Autolítiques per garantir l'atenció, la vinculació i el seguiment d'aquelles persones de la comarca d'Osona amb un intent d'autòlisi i ateses al Consorci Hospitalari de Vic. La implantació del programa va servir per oferir un tractament ajustat a les necessitats però, a més, va millorar la identificació i el registre dels intents de suïcidi (51).

Precisament per la dificultat d'identificar el nombre d'intents de suïcidi i amb l'objectiu de vincular a les persones identificades amb més risc de suïcidi, el CatSalut va promoure la implantació del "Codi Risc de Suïcidi" arreu del territori català. A la Catalunya Central l'activació del protocol es va fer el 15 d'octubre de 2015 (4).

Aquest estudi té com a finalitat analitzar quina relació tenen els diferents aspectes socials i econòmics (com a determinants socials de la salut) en la conducta suïcida a la comarca d'Osona per tal d'identificar punts de millora que es puguin incloure als programes d'atenció que actualment es porten a terme al Consorci Hospitalari de Vic i proposar futures activitats en la prevenció del suïcidi a nivell comarcal.

## **OBJECTIUS**

- Identificar les característiques socio-demogràfiques i clíniques de la població que ha realitzat una conducta suïcida a la comarca d'Osona.
- Descriure les característiques de la conducta suïcida segons les diferents formes d'aparició.
- Analitzar la relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida.

# **METODOLOGIA**

## **Disseny**

Estudi descriptiu transversal.

## **Àmbit**

Comarca d'Osona. Osona és una comarca situada al nord-est de la depressió central catalana i té una superfície de 1.260,12 km<sup>2</sup> (52).

La població a la comarca va ser de 155.069 habitants l'any 2013, 154.897 l'any 2014 i 154.925 l'any 2015 (52).

Està composta de 50 municipis i la seva capital és Vic. Aproximadament la meitat de la població de la comarca resideix en els 3 municipis urbans (amb població superior a 10.000 habitants) mentre que l'altra meitat resideix distribuïda en els 47 municipis restants (52).

La taxa de població estrangera va ser de 14,20% el 2013, 13,26% el 2014 i 12,72% l'any 2015 (52).

El proveïdor principal d'assistència sanitària, sòcio-sanitària i de salut mental a la comarca d'Osona és el CHV.

## **Població**

Persones que han presentat conducta suïcida a la comarca d'Osona durant el període 2013-2015.

## **Mostra**

Es van incloure tots els casos de conducta suïcida registrats al Consorci Hospitalari de Vic en el període comprès entre l'1 de gener de 2013 i el 31 de desembre de 2015 (N=555).

Per la detecció de casos es va utilitzar el registre del Programa de Gestió de Casos de Temptatives Autolítiques i el Registre forense de la mortalitat per suïcidi.

## Variables

Es van classificar les variables estudiades en 3 grans categories: les variables relacionades amb la conducta suïcida estudiada, les variables relacionades amb la condició clínica de la persona i les variables relacionades amb les característiques socio-demogràfiques.

### ***Variables socio-demogràfiques***

- **Edat.** En anys en el moment de la conducta suïcida.
- **Mes de naixement.** Mes de l'any en què va néixer la persona.
- **Sexe.** Especificat en:
  - Home.
  - Dona.
- **Població on resideix.** Es van agrupar els municipis en funció del nombre d'habitants i es van classificar en:
  - Més de 10.000 habitants - Municipi urbà
  - Menys de 10.000 habitants - Municipi rural
  - Fora zona: persones que residien en un municipi de fora de la comarca d'Osona.
- **País de naixement.** Es va especificar el país de naixement del pacient i es va determinar:
  - Immigrant.
  - No immigrant.
  - Continent de procedència en el cas d'immigrants.
- **Estat civil.** Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida:
  - Solter: persones mai casades.
  - Casat: persones casades o que vivien en parella.
  - Separat: persones separades o divorciades.
  - Vidu: persones que la seva parella va morir.
- **Situació laboral.** Es va especificar la condició en el moment de la conducta suïcida:
  - Actiu: persones actives laboralment.
  - ILT: persones en situació d'incapacitat laboral temporal.

- No treballa: persones desocupades i sense prestació d'atur.
- Atur: persones desocupades i amb prestació d'atur.
- Desocupat: persones que no treballen i no sabem si perceben prestació d'atur.
- Estudiant: persones que no treballen i estan cursant estudis.
- Pensionista: persones amb incapacitat laboral permanent que perceben prestació i persones de més de 65 anys.
- **Situació laboral.** Es va recategoritzar per algunes anàlisis.
  - Actiu: actiu, ILT i estudiant.
  - No actiu: no treballa, atur, desocupat.
  - Pensionista.
- **Nucli de convivència.** Es va especificar la situació en el moment de la conducta suïcida:
  - Sol: la persona vivia sola. També es contempla la situació de viure en un pis compartit.
  - Família: la persona vivia amb la família que va formar (parella i/o fills/néts).
  - Família origen: la persona vivia amb ascendents (avis/pares i/o germans).
  - Residència: la persona vivia en una residència.

### ***Variables clíniques***

- **Trastorn mental.** Es va especificar el nombre de diagnòstics psiquiàtrics coneguts en el moment de la conducta suïcida i es van classificar en:
  - Trastorns afectius:
    - Trastorn distímic.
    - Trastorn bipolar.
    - Trastorn depressiu major.
    - Altres trastorns depressius.
  - Trastorns psicòtics:
    - Trastorn psicòtic.
    - Trastorn esquizoafectiu.
    - Trastorn delirant.
    - Esquizofrènia.

- Trastorns d'ansietat:
  - Trastorn Obsessiu-Compulsiu.
  - Trastorn per Estrès Post-Traumàtic.
  - Trastorn de pànic.
  - Trastorns fòbics.
  - Trastorn d'Ansietat Generalitzada.
  - Trastorn adaptatiu.
  - Agorafòbia.
  - Trastorn d'ansietat no especificat.
  - Altres trastorns d'ansietat.
- Trastorns de personalitat:
  - Trastorn de personalitat del Clúster A.
  - Trastorn Límit de la Personalitat.
  - Altres trastorns de personalitat del Clúster B.
  - Trastorn de personalitat del Clúster C.
  - Trastorn de personalitat no especificat.
- Trastorns per abús/dependència de tòxics: Es van contemplar dues variables d'aquestes característiques per poder incloure l'abús/dependència a dues substàncies diferents, però es va comptabilitzar com un únic trastorn. Les substàncies contemplades van ésser:
  - Alcohol.
  - Cànnabis.
  - Cocaïna.
  - Opiacis.
  - Múltiples substàncies.
- Altres trastorns: trastorns no classificats en cap dels grups previs. Aquests van ser:
  - Trastorn de control d'impulsos.
  - Trastorn de la Conducta Alimentària.
  - Retard Mental / CI Límit.
  - Joc Patològic.
  - Altres trastorns.



- **Seguiment previ a Salut Mental.** Es va considerar que hi havia hagut seguiment previ si la persona havia estat visitada per un professional de la salut mental durant l'any anterior a la conducta suïcida. Es va especificar on s'havia realitzat aquest seguiment:
  - Servei de Salut Mental del CHV: el seguiment s'havia realitzat a qualsevol dels centres d'assistència (Centre de Salut Mental d'Adults, Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències, Centre de Salut Mental Infanto- Juvenil).
  - Psiquiatre ABS: el seguiment s'havia realitzat al seu centre d'atenció primària per part del psiquiatre del servei de salut mental que visita allà en el marc del programa de suport a primària.
  - Privat: el seguiment s'havia realitzat per part d'un professional a nivell privat.
  - Servei de Salut Mental d'una altra zona: el seguiment s'havia realitzat en un centre de salut mental de fora de la comarca d'Osona.

#### ***Variables de la conducta suïcida***

- **Tipus de conducta suïcida.** Es va classificar en:
  - Ideació suïcida: casos registrats en que la persona va manifestar que havia pensat, considerat o planejat el suïcidi.
  - Violència autodirigida interrompuda: casos registrats en que la persona va prendre mesures per lesionar-se però va ser aturada, per ella mateixa o altres persones, abans de causar-se un dany.
  - Intent de suïcidi: tots aquells casos registrats en que la persona es lesiona de forma intencionada.
  - Suïcidi: tots aquells casos registrats en que la persona mor a causa de les lesions que s'ha produït de forma intencionada.
- **Suïcidi:** Recategorització per a algunes anàlisis.
  - Sí: la persona ha mort.
  - No: la persona no ha mort.
- **Data.** Data (dia, mes i any) d'assistència a la conducta suïcida.
- **Dia.** Dia de la setmana en què s'ha produït la conducta suïcida.
- **Mes.** Mes de l'any en què s'ha produït la conducta suïcida.
- **Estació.** Estació de l'any en què s'ha produït la conducta suïcida.

- Hivern: gener, febrer i març.
- Primavera: abril, maig i juny.
- Estiu: juliol, agost i setembre.
- Tardor: octubre, novembre i desembre.
- **Centre d'assistència.** Centre on es detecta la conducta suïcida:
  - Servei d'urgències del CHV.
  - Servei de Salut Mental del CHV: CSMA, CASD i CSMIJ.
  - Altres centres: CAP, urgències d'altres hospitals.
- **Hora.** Hora d'entrada de l'assistència a urgències del CHV. Es va registrar en hores sense minuts, registrant l'hora del succés independentment dels minuts transcorreguts cap a la propera hora. Es va classificar en:
  - De 0 a 5h
  - De 6 a 11h
  - De 12 a 17h
  - De 18 a 23h
- **Mètode utilitzat.** Es va registrar en els casos d'intent, violència autodirigida interrompuda i suïcidi. Es van classificar en:
  - Emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides.
  - Emmetzinament amb substàncies corrosives i càustiques.
  - Penjament, estrangulació i sufocació.
  - Ofegament o submersió.
  - Armes de foc o explosius.
  - Instruments tallants o punxants.
  - Precipitació de llocs elevats.
  - Saltar o ajeure's davant objecte en moviment.
  - Altres mètodes.
- **Letalitat.** Es va registrar en els casos d'intent. Es va valorar el grau de letalitat de l'intent segons criteri clínic, sense utilitzar cap escala objectivable, i es va classificar en:
  - Baixa.
  - Mitja.
  - Elevada.

- **Impulsivitat.** Es va registrar en els casos d'intent. Es va valorar la presència d'impulsivitat en l'intent en criteris de temps (escassa planificació-preparació), sense utilitzar cap escala objectivable, i es va classificar en:
  - Baixa.
  - Mitja.
  - Elevada.
- **Precipitant de la conducta.** Es va especificar el principal factor o factors que van precipitar la conducta suïcida segons relat del propi pacient. Es va establir un màxim de 2 factors. Els factors detectats van ser:
  - Salut: la conducta suïcida ve condicionada principalment per factors relacionats amb els problemes de salut de la persona, ja sigui salut física o salut mental.
  - Familiar: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes de relació a nivell familiar.
  - Sentimental: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes de relació a nivell sentimental.
  - Laboral: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes a nivell laboral.
  - Econòmic: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes econòmics.
  - Ansiolític: la conducta suïcida s'associa a un intent de disminuir l'ansietat.
  - Consum: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes relacionats amb el consum de substàncies addictives.
  - Ambiental: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes relacionats amb l'entorn que no és familiar, laboral ni sentimental.
  - Escolar: la conducta suïcida ve condicionada principalment per problemes relacionats amb l'entorn escolar.
  - Altres: la conducta suïcida ve condicionada per altres factors.
- **Tòxics en el moment de l'atenció a urgències.** Es va registrar si s'havia determinat la presència de tòxics en orina i es va classificar segons:
  - Sí: hi havia presència de tòxics en orina. Es va excloure la presència de benzodiazepines ja que és un tractament habitual i un fàrmac molt

utilitzat en les sobreingestes medicamentoses. Es va especificar la presència o no de les substàncies:

- Alcohol
- Cocaïna
- Cànnabis
- Opiacis
- Amfetamines
- Altres tòxics
- No: no hi havia presència de tòxics en orina.
- No objectivat: no es va realitzar la determinació de la presència de tòxics en orina.
- **Necessitat d'ingrés.** Es va especificar si la conducta suïcida va requerir ingrés. Es van excloure els ingressos a observació d'un sol dia ja que és l'assistència habitual. Es va especificar a quin servei es va ingressar i es van tenir en compte fins a 2 serveis d'ingrés d'entre els següents:
  - Unitat d'observació: només en ingressos superiors a un dia.
  - Unitat de psiquiatria: ingressos a aguts, subaguts i URPI.
  - Unitat de Cures Intensives.
  - Altres especialitats: resta de serveis hospitalaris (medicina interna, cirurgia, traumatologia...).
  - Hospital de dia de psiquiatria: adults i infantojuvenil.
  - Intermedis: ingressos a serveis socio-sanitaris de mitja i llarga estada.
- **Dies d'ingrés.** Es van registrar els dies totals d'ingrés.
- **Conducta suïcida prèvia.** Es va fer constar si hi havia hagut conducta suïcida prèvia amb atenció al CHV els 12 mesos previs a la conducta suïcida estudiada.

## Instruments

Les dades de l'estudi es van obtenir de la història clínica dels pacients (SIHGV i HCC) i del registre forense de la mortalitat per suïcidi. Algunes dades vinculades als pacients que havien mort per suïcidi es van contrastar amb les dades recollides

en l'estudi d'autòpsies psicològiques que s'està duent a terme en el marc d'una tesi doctoral.

- El registre vinculat al Programa de Gestió de Casos de Temptatives Autolítiques l'actualitza la infermera gestora de casos del programa i obté les dades de:
  - La comunicació de casos que ha atès el psiquiatre de guàrdia.
  - La derivació de pacients al programa des del servei de salut mental.
  - La revisió de pacients ingressats a observació.
- El Registre forense de la mortalitat per suïcidi l'actualitza la comissió mixta i obté les dades del forense que identifica les morts per suïcidi.

## **Procediment**

El present treball es va dur a terme entre el mes de febrer i juny del 2016. El mes de febrer es va sol·licitar permís a la direcció del servei de psiquiatria i salut mental del CHV i es va sol·licitar l'aprovació per part del CEIC del FORES.

La recollida de dades es va realitzar durant el mes d'abril de 2016 per part de la investigadora principal, revisant la història clínica dels pacients i extraient-ne les diferents variables de forma anònima. Les dades es van treballar primer amb un arxiu Excel i posteriorment es van tractar amb el programa SPSS.

Es van utilitzar tots els casos registrats de conducta suïcida. El perfil de les persones amb més d'una conducta suïcida, es va classificar per l'episodi de més gravetat.

## **Anàlisi de les dades**

L'anàlisi de dades es va realitzar mitjançant el programa SPSS v.22. Les variables qualitatives es van expressar amb freqüències i percentatges, i les quantitatives amb mitjanes i desviacions estàndard.

Per l'anàlisi bivariant i multivariant es van realitzar les taules de contingència. La prova estadística per la comparació de variables qualitatives va ser la prova de Khi quadrat. Es van reajustar les variables quan es van trobar caselles amb valors inferiors a 5 per tal de poder interpretar la Khi quadrat o la prova exacta de Fisher. La comparació de variables quantitatives amb quantitatives va ser l'ANOVA.

Es va realitzar una regressió logística univariant i multivariant per determinar les variables que estaven més relacionades amb la mort per suïcidi.

Per a tota l'anàlisi estadística es va assumir un nivell de confiança del 95% ( $p \leq 0,05$ ).

## **Aspectes ètics**

El present estudi s'ha portat a terme seguint els principis de la Declaració de Hèlsinki. El projecte va ser aprovat per la direcció del Servei de psiquiatria i Salut Mental del CHV i per el Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i Educació Sanitàries, amb avaluació el 29/03/2016 i aprovació el dia 14/04/2016 (Annex 1).

S'ha garantit en tot moment la confidencialitat de les dades dels participants. Només la investigadora principal ha tingut accés a les dades identificatives dels participants. Les informacions que es van extreure en la base de dades per la seva explotació estadística van ser filtrades sense identificar pobles (només àmbit rural o urbà), ni data de naixement. Es va utilitzar un sol sistema de guardat (PC i memòria de seguretat) encriptat, per si s'hagués produït una pèrdua o robatori.

# RESULTATS

## **Característiques socio-demogràfiques i clíniques de la persona que realitza una conducta suïcida**

El total de persones que van realitzar algun tipus de conducta suïcida van ser 452, de les quals un 63,1% (n=285) van ser dones.

L'edat mitjana global va ser de 43,65 anys (DE 16,786) i amb un rang de 12 a 95 anys, i de les persones que van morir per suïcidi va ser de 58,81 anys (DE 17,576) i amb un rang de 29 a 86 anys. No es va trobar associació entre el mes de naixement i el mes de la conducta suïcida (coeficient de Kappa -0,008; p=0,523).

Del total de persones que van realitzar una conducta suïcida, un 5,1% (n=23) residien fora de la comarca d'Osona. D'entre els residents a la comarca, un 52% (n=223) vivia en municipis urbans.

La població immigrant a la mostra va ser d'un 15,3% (n=69) i la procedència era un 40,6% (n=28) del continent americà, un 40,6% (n=28) d'Àfrica, un 17,4% (n=12) de països europeus i un 1,4% (n=1) de països asiàtics.

En relació a l'estat civil, un 40,5% (n=172) estaven casats, un 26,7% (n=117) eren solters, un 26,2% (n=115) estaven separats i un 6,6% (n=29) eren vidus en el moment de la conducta suïcida.

Pel què fa a la situació laboral, un 41,5% (n=177) estaven actius, un 31,1% (n=133) no treballaven i un 27,4% (n=117) eren pensionistes.

Respecte al nucli de convivència, un 53,1% (n=231) vivien amb la família formada, un 25,1% (n=109) amb la família d'origen, un 21,1% (n=92) vivien sols i un 0,7% (n=3) en una residència.

Les diferències en les característiques socio-demogràfiques dels pacients segons la forma d'aparició de la conducta suïcida es mostren a la taula 1.

**Taula 1:** Característiques socio-demogràfiques dels pacients segons la forma d'aparició de la conducta suïcida.

		Ideació suïcida n (%) 97 (100)	Violència autodirigida interrompuda n (%) 24 (100)	Intent de suïcidi n (%) 299 (100)	Suïcidi n (%) 32 (100)	Test	p
<b>Estat, mitjana ± DE</b>		46,04 ± 14,73	44,63 ± 17,21	41,17 ± 16,39	58,81 ± 17,57	F=12,434	<0,001
<b>Sexe</b>	Home	36 (37,1)	12 (50)	94 (31,4)	25 (78,1)	X <sup>2</sup> =28,943	<0,001
	Dona	61 (62,9)	12 (50)	205 (68,6)	7 (21,9)		
<b>Població on resideix</b>	Rural	47 (50,5)	8 (36,4)	135 (47,5)	16 (53,3)	X <sup>2</sup> =1,800	0,615
	Urbà	46 (49,5)	14 (63,6)	149 (52,5)	14 (46,7)		
<b>Immigrant</b>	No	88 (90,7)	21 (87,5)	244 (81,6)	30 (93,8)	X <sup>2</sup> =7,104	0,069*
	Sí	9 (9,3)	3 (12,5)	55 (18,4)	2 (6,3)	P.E Fisher	0,201
<b>Estat civil</b>	Casat	33 (34)	9 (37,5)	123 (42,3)	13 (48,1)	X <sup>2</sup> =19,459	0,022*
	Separat	36 (37,1)	9 (37,5)	67 (23)	3 (11,1)		
	Solter	21 (21,6)	5 (20,8)	85 (29,2)	6 (22,2)		
	Vidu	7 (7,2)	1 (4,2)	16 (5,5)	5 (18,5)		
<b>Situació laboral</b>	Actiu	12 (12,4)	7 (29,2)	61 (21,8)	7 (26,9)	X <sup>2</sup> =47,778	<0,001*
	Atur	10 (10,3)	4 (16,7)	27 (9,6)	1 (3,8)		
	Desocupat	3 (3,1)	0 (0)	8 (2,9)	2 (7,7)		
	Estudiant	4 (4,1)	1 (4,2)	29 (10,4)	0 (0)		
	ILT	22 (22,7)	1 (4,2)	33 (11,8)	0 (0)		
	No treballa	22 (22,7)	7 (29,2)	49 (17,5)	0 (0)		
	Pensionista	24 (24,7)	4 (16,7)	73 (26,1)	16 (61,5)		
<b>Nucli de convivència</b>	Família	49 (50,5)	11 (45,8)	159 (54,6)	12 (52,2)	X <sup>2</sup> =14,674	0,100*
	Família d'origen	20 (20,6)	9 (37,5)	77 (26,5)	3 (13)		
	Residència	0 (0)	0 (0)	2 (0,7)	1 (4,3)		
	Sol	28 (28,9)	4 (16,7)	53 (18,2)	7 (30,4)		
<b>Estat civil</b>	Casat	33 (34)	9 (37,5)	123 (42,3)	13 (48,1)	X <sup>2</sup> =2,811	0,422
	No casat	64 (66)	15 (62,5)	168 (57,7)	14 (51,9)		
<b>Situació laboral</b>	Actiu	38 (39,2)	9 (37,5)	123 (43,9)	7 (26,9)	X <sup>2</sup> =20,197	0,003
	No actiu	35 (36,1)	11 (45,8)	84 (30)	3 (11,5)		
	Pensionista	24 (24,7)	4 (16,7)	73 (26,1)	16 (61,5)		
<b>Nucli de convivència</b>	Família	69 (71,1)	20 (83,3)	236 (81,1)	15 (65,2)	X <sup>2</sup> =6,912	0,075
	Sol/residència	28 (28,9)	4 (16,7)	55 (18,9)	8 (34,8)		

\*El número de casos esperats en les caselles és inferior a l'esperat per tal de poder aplicar la Khi Quadrat

Pel què fa a les característiques clíniques dels pacients, un 91,1% (n=412) presentaven trastorn mental i un 46,9% (n=212) havien realitzat alguna visita a salut mental durant l'any anterior, dels quals el 85,4% (n=181) al servei de salut mental del CHV.

Les diferències en les característiques clíniques entre els pacients que havien mort per suïcidi i els que no, es mostren a la taula 2.



**Taula 2:** Característiques clíniques dels pacients segons resultat de la conducta suïcida.

		MORT PER SUÏCIDI		Test	p
		No n (%) 420 (100)	Sí n (%) 32 (100)		
Trastorn mental	No	27 (6,5)	13 (40,6)	$\chi^2=43,106$	<0,001
	Sí	393 (93,6)	19 (59,4)		
Nombre diagnòstics, mitjana $\pm$ DE		1,3 $\pm$ 0,667	0,84 $\pm$ 0,884	F=13,361	<0,001
Seguiment a SM l'any anterior	No	222 (52,9)	18 (56,3)	$\chi^2=0,137$	0,711
	Sí	198 (47,1)	14 (43,8)		
Lloc on es realitza el seguiment	Servei SM CHV	172 (86,9)	9 (64,3)	$\chi^2=6,498$	0,090*
	Psiquiatre ABS	9 (4,5)	1 (7,1)		
	Privat	7 (3,5)	2 (14,3)		
	Servei SM altra zona	10 (5,1)	2 (14,3)		
Trastorns afectius	Presència de trastorns afectius	157 (39,9)	11 (57,9)	$\chi^2=2,417$	0,120
Trastorns psicòtics	Presència de trastorns psicòtics	12 (3,1)	2 (10,5)	$\chi^2=3,083$ P.E Fisher	0,079* 0,132
Trastorns d'ansietat	Presència de trastorns d'ansietat	161 (41)	3 (15,8)	$\chi^2=4,795$	0,029
Trastorns de personalitat	Presència de trastorns de personalitat	78 (19,8)	4 (21,1)	$\chi^2=0,017$ P.E Fisher	0,898* 1,0
Trastorns per abús/dependència de tòxics	Presència de trastorn per abús/dependència de tòxics	97 (24,7)	6 (31,6)	$\chi^2=0,460$ P.E Fisher	0,498* 0,587
Altres trastorns mentals	Presència d'altres trastorns mentals	39 (9,9)	1 (5,3)	$\chi^2=0,449$ P.E Fisher	0,503* 1,0
Lloc on es realitza el seguiment	Servei SM CHV	172 (86,9)	9 (64,7)	$\chi^2=5,341$	0,021
	Altres serveis	26 (13,1)	5 (35,7)		

\*El número de casos esperats en les caselles és inferior a l'esperat per tal de poder aplicar la Khi Quadrat.

Respecte a la presència de trastorns mentals, un 40,8% (n=168) dels pacients presentaven trastorns afectius, un 3,4% (n=14) trastorns psicòtics, un 39,8% (n=164) trastorns d'ansietat i un 19,9% (n=82) dels pacients presentaven trastorns de personalitat. Pel que fa al trastorn per abús/dependència de substàncies, en presentaven un 25% (n=103) dels pacients i d'aquests, un 27,18% (n=28) era per 2 o més substàncies.

La distribució dels diferents trastorns mentals es representa a la taula 3.

**Taula 3:** Distribució dels trastorns mentals segons resultat de la conducta suïcida.

	<b>MORT PER SUÏCIDI</b>	
	<b>No</b> n (%) 393 (100)	<b>Sí</b> n (%) 19 (100)
<b>Trastorns afectius</b> n=168	157 (100)	11 (100)
Trastorn distímic	13 (8,3)	0 (0)
Trastorn depressiu major	82 (52,2)	3 (27,3)
Altres trastorns depressius	42 (26,8)	7 (63,6)
Trastorn bipolar	20 (12,7)	1 (9,1)
<b>Trastorns psicòtics</b> n=14	12 (100)	2 (100)
Trastorn psicòtic	1 (8,3)	2 (100)
Trastorn esquizoafectiu	5 (41,7)	0 (0)
Trastorn delirant	2 (16,7)	0 (0)
Esquizofrènia	4 (33,3)	0 (0)
<b>Trastorns d'ansietat</b> n=164	161 (100)	3 (100)
Trastorn obsessiu-compulsiu	2 (1,2)	0 (0)
Trastorn per estrès post-traumàtic	5 (3,1)	0 (0)
Trastorn de pànic	2 (1,2)	0 (0)
Trastorn fòbic	2 (1,2)	0 (0)
Trastorn d'ansietat no especificat	6 (3,7)	0 (0)
Trastorn d'ansietat generalitzada	3 (1,9)	0 (0)
Trastorn adaptatiu	135 (83,9)	3 (100)
Agorafòbia	4 (2,5)	0 (0)
Altres	2 (1,2)	0 (0)
<b>Trastorns de personalitat</b> n=82	78 (100)	4 (100)
Trastorn de personalitat del Clúster A	3 (3,8)	0 (0)
Trastorn Límit de la personalitat	34 (43,6)	3 (75)
Altres trastorns de la personalitat del Clúster B	8 (10,3)	1 (25)
Trastorn de personalitat del Clúster C	3 (3,8)	0 (0)
Trastorn de personalitat no especificat	30 (38,5)	0 (0)
<b>Trastorns per abús/ dependència de tòxics</b> n=103	97 (100)	6 (100)
Alcohol	60 (61,9)	4 (66,7)
Cànnabis	16 (16,5)	0 (0)
Cocaïna	30 (30,9)	2 (33,3)
Opiacis	6 (6,2)	0 (0)
Múltiples substàncies	11 (11,3)	2 (33,3)
<b>Altres trastorns mentals</b> n=40	39 (100)	1 (100)
Trastorn de control d'impulsos	6 (15,4)	0 (0)
Trastorn de la conducta alimentària	16 (41)	1 (100)
Retard mental / C.I. Límit	6 (15,4)	0 (0)
Joc patològic	7 (17,9)	0 (0)
Altres	4 (10,3)	0 (0)

## Característiques de la conducta suïcida

Es van registrar 555 episodis de conducta suïcida, dels quals un 66,7% (n=370) van ser episodis d'intent de suïcidi, un 21,4% (n=119) d'ideació suïcida, un 6,1% (n=34) de violència autodirigida i hi va haver un 5,8% (n=32) de casos de suïcidi.

La taxa de suïcidis x 100.000 habitants va ser de 6,45 l'any 2013, 7,75 el 2014 i 6,45 el 2015.

El mes amb més episodis va ser l'octubre, amb un 12,1% (n=67) dels episodis registrats, seguit de l'agost amb un 11% (n=61) dels episodis i l'abril que se'n van registrar el 9,4% (n=52). El mes amb menys episodis va ser el juny, amb un 6,7% (n=37) dels episodis. Pel que respecta a l'estació, a l'estiu es van registrar un 27,7% (n=154) dels episodis, a la tardor un 26,8% (n=149), a la primavera un 23,1% (n=128) i a l'hivern un 22,3% (n=124). El dia de la setmana amb més episodis va ser el dilluns amb un 20,2% (n=112) i el que menys, el divendres amb un 11,5% (n=64). Les diferències en la temporalitat segons la forma de presentació de conducta suïcida es mostren a la taula 4.

**Taula 4:** Característiques temporals de la conducta suïcida segons forma d'aparició.

		Ideació suïcida n (%) 119 (100)	Violència autodirigida interrompuda n (%) 34 (100)	Intent de suïcidi n (%) 370 (100)	Suïcidi n (%) 32 (100)	Test	p
<b>Dia de la setmana</b>	Dilluns	27 (22)	8 (23,5)	72 (19,5)	5 (15,6)	$\chi^2=42,374$	<b>0,001*</b>
	Dimarts	34 (28,6)	2 (5,9)	59 (15,9)	3 (9,4)		
	Dimecres	14 (11,8)	6 (17,6)	44 (11,9)	5 (15,6)		
	Dijous	19 (16)	1 (2,9)	51 (13,8)	3 (9,4)		
	Divendres	14 (11,8)	5 (14,7)	41 (11,1)	4 (12,5)		
	Dissabte	4 (3,4)	9 (26,5)	45 (12,2)	7 (21,9)		
	Diumenge	7 (5,9)	3 (8,8)	58 (15,7)	5 (15,6)		
<b>Tipus de dia de la setmana</b>	Entre setmana	108 (90,8)	22 (64,7)	267 (72,2)	20 (62,5)	$\chi^2=22,008$	<b>&lt;0,001</b>
	Cap de setmana	11 (9,2)	12 (35,3)	103 (27,8)	12 (37,5)		
<b>Mes</b>	Gener	3 (2,5)	1 (2,9)	35 (9,5)	2 (6,3)	$\chi^2=43,237$	0,109*
	Febrer	9 (7,6)	1 (2,9)	25 (6,8)	6 (18,8)		
	Març	12 (10,1)	1 (2,9)	27 (7,3)	2 (6,3)		
	Abril	7 (5,9)	5 (14,7)	37 (10)	3 (9,4)		
	Maig	9 (7,6)	4 (11,8)	24 (6,5)	2 (6,3)		
	Juny	5 (4,2)	0 (0)	30 (8,1)	2 (6,3)		
	Juliol	13 (10,9)	4 (11,8)	27 (7,3)	4 (12,5)		
	Agost	11 (9,2)	4 (11,8)	44 (11,9)	2 (6,3)		
	Setembre	9 (7,6)	5 (14,7)	31 (8,4)	0 (0)		
	Octubre	17 (14,3)	6 (17,6)	37 (10)	7 (21,9)		
	Novembre	14 (11,8)	1 (2,9)	27 (7,3)	1 (3,1)		
	Desembre	10 (8,4)	2 (5,9)	26 (7)	1 (3,1)		
<b>Estació</b>	Hivern	24 (20,2)	3 (8,8)	87 (23,5)	10 (31,3)	$\chi^2=12,226$	0,201
	Primavera	21 (17,6)	9 (26,5)	91 (24,6)	7 (21,9)		
	Estiu	33 (27,7)	13 (38,2)	102 (27,6)	6 (18,8)		
	Tardor	41 (34,5)	9 (26,5)	90 (24,3)	9 (28,1)		

\*El número de casos esperats en les caselles és inferior a l'esperat per tal de poder aplicar la Khi Quadrat.

En els intents de suïcidi es va determinar la letalitat (n=370) i la impulsivitat (n=298), essent la letalitat elevada en un 11,9% (n=44) dels episodis, mitja en un 16,2% (n=60) i baixa en el 71,9% (n=266) dels episodis. La impulsivitat va ser elevada en el 84,6% (n=252) dels episodis, mitja en un 6% (n=18) i baixa en el 9,4% (n=28) dels episodis.

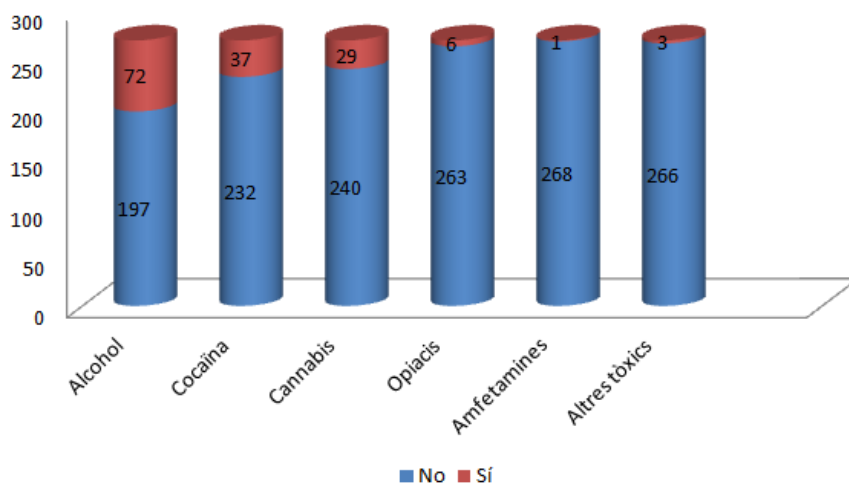
Al servei d'urgències del CHV es van registrar el 86,3% (n=479) dels episodis (86,3%), al servei de salut mental se'n van detectar el 4,5% (n=25) i en altres centres el 4% (n=22). Es va certificar la mort fora d'un centre sanitari en un 5,2% (n=29) dels casos. La majoria de les atencions a urgències, un 70% (n=340), van ser a la franja horària de les 12h a les 23h.

Hi va haver presència de conducta suïcida l'any anterior en un 17,7% (n=98) dels casos.

**Taula 5:** Característiques de l'assistència a la conducta suïcida segons forma d'aparició.

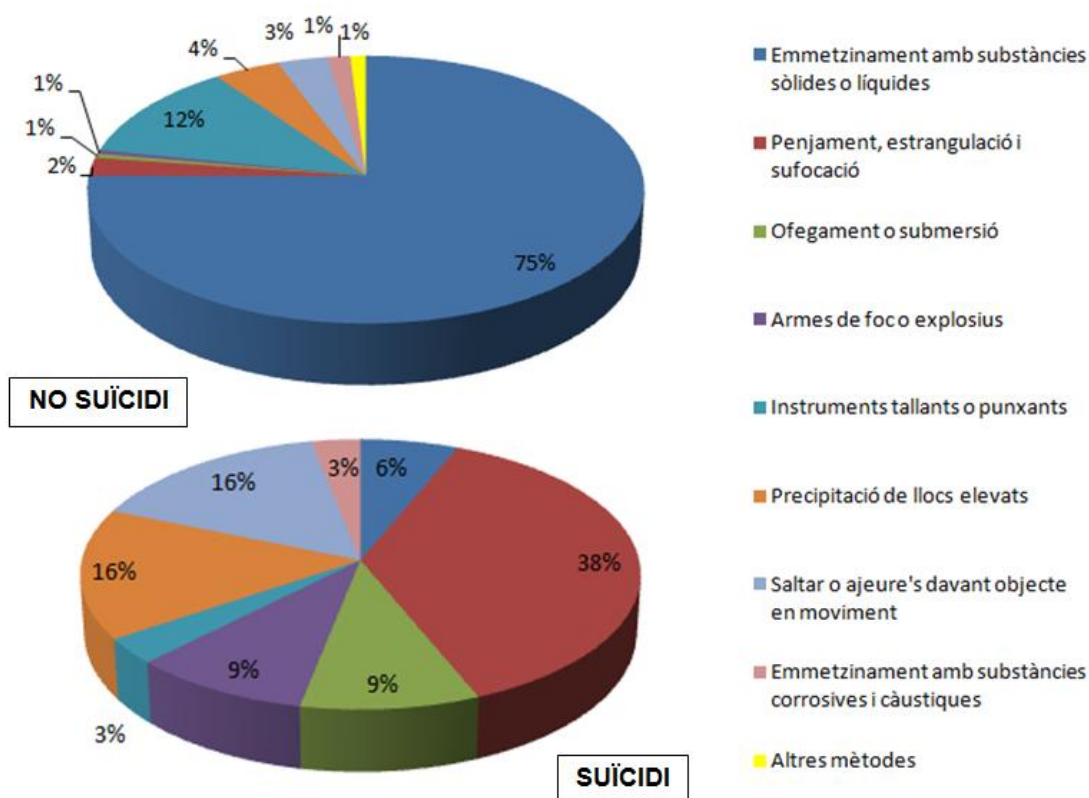
		Ideació suïcida n (%) 119 (100)	Violència autodirigida interrompuda n (%) 34 (100)	Intent de suïcidi n (%) 370 (100)	Suïcidi n (%) 32 (100)
<b>Centre on es detecta</b>	Urgències CHV	83 (69,7)	31 (91,2)	362 (97,8)	3 (100)
	Servei Salut Mental	22 (18,5)	2 (5,9)	1 (0,3)	0 (0)
	Altres centres	14 (11,8)	1 (2,9)	7 (1,9)	0 (0)
<b>Hora d'atenció</b>	De 0h a 5h	11 (13,3)	3 (9,7)	55 (15,2)	1 (33,3)
	De 6h a 11h	14 (16,9)	4 (12,9)	51 (14,1)	0 (0)
	De 12h a 17h	38 (45,8)	11 (35,5)	123 (34)	1 (33,3)
	De 18h a 23h	20 (24,1)	13 (41,9)	133 (36,7)	1 (33,3)
<b>Conducta suïcida l'any anterior</b>	No	104 (87,4)	27 (79,4)	295 (80,2)	27 (90)
	Sí	15 (12,6)	7 (20,6)	73 (19,8)	3 (10)
<b>Tòxics en orina</b>	No	8 (33,3)	3 (37,5)	137 (58,1)	1 (100)
	Sí	16 (66,7)	5 (62,5)	99 (41,9)	0 (0)

En un 48,5% (n=269) dels episodis es va determinar si hi havia presència de tòxics en orina, essent positiva en un 44,6% (n=120). La distribució dels tòxics es mostra a la figura 1.



**Figura 1:** Presència de tòxics en orina.

Respecte al mètode, en un 70% (n=305) dels episodis es va utilitzar l'emmetzinament amb substàncies sòlides o líquides, en un 11,2% (n=49) instruments tallants o punxants i en el 5% (n=22) dels episodis la precipitació de llocs elevats, amb diferències entre mètodes entre els que van morir per suïcidi i els que no (figura 2,  $\chi^2=158,955$ ;  $p<0,001^*$ ).



**Figura 2:** Mètode utilitzat per a la conducta suïcida.

En el 94% (n=522) dels casos es va poder determinar el factor precipitant de la conducta suïcida i en el 13,6% (n=71) d'aquests casos hi havia un segon factor precipitant. Un 23,2% (n=129) dels casos van requerir ingrés, amb una mitjana de dies d'estada de 18,59 dies (DE 26,56) i una mediana de 9 dies. El detall dels factors precipitants i dels serveis d'ingrés es mostra a la taula 6.

**Taula 6:** Factors precipitants i serveis d'ingrés associats a la conducta suïcida.

<b>Factors precipitants</b>	<b>Primer factor precipitant</b> n (%) 522 (100)	<b>Segon factor precipitant</b> n (%) 71 (100)
Ansiolític	16 (3,1)	0 (0)
Consum	23 (4,4)	0 (0)
Econòmic	28 (5,4)	22 (31)
Escolar	2 (0,4)	0 (0)
Familiar	167 (32)	19 (26,8)
Laboral	22 (4,2)	9 (12,7)
Salut	160 (30,7)	14 (19,7)
Sentimental	85 (16,3)	5 (7)
Ambiental	12 (2,3)	2 (2,8)
Altres	7 (1,3)	0 (0)
<b>Servei d'ingrés</b>	<b>Primer servei d'ingrés</b> n (%) 129(100)	<b>Segon servei d'ingrés</b> n (%) 25 (100)
Unitat d'observació	33 (25,6)	0 (0)
Unitat de psiquiatria	64 (49,6)	3 (12)
Unitat de Cures Intensives	15 (11,6)	0 (0)
Altres especialitats	9 (7)	8 (32)
Hospital de dia de psiquiatria	4 (3,1)	7 (28)
Intermitjos	4 (3,1)	7 (28)

## Relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida

Es va fer una regressió univariant amb aquelles variables que havien mostrat significació estadística.

Es va construir un model multivariant cap endavant incloent edat, sexe, estat civil, situació laboral i presència de trastorn mental, amb els resultats que es mostren a la taula 7.

**Taula 7:** Determinants relacionats amb la mort per suïcidi.

		OR (CI 95%) Cru	OR (CI 95%) Ajustats
<b>Edat</b>		1,057 (1,03 – 1,08)	1,058 (1,03 – 1,09)
<b>Sexe</b>	Home	1	1
	Dona	0,143 (0,06 – 0,34)	0,183 (0,06 – 0,54)
<b>Estat civil</b>	Casat	1	
	Separat	0,340 (0,10 – 1,22)	
	Solter	0,688 (0,25 – 1,86)	
	Vidu	2,644 (0,87 - 8,08)	
<b>Situació laboral</b>	Actiu	1	
	No actiu	0,560 (0,14 – 2,21)	
	Pensionista	3,847 (1,53 – 9,67)	
<b>Presència trastorn mental</b>	No	1	1
	Si	0,102 (0,05 – 0,23)	0,131 (0,04 – 0,39)

En el model van entrar les variables sexe (més presència de suïcidi en els homes), edat (més presència de suïcidi a més edat) i trastorn mental (menys presència de suïcidi en pacients diagnosticats amb trastorn mental).

## DISCUSSIÓ

El present estudi aporta noves dades en la recerca en el camp de la conducta suïcida, algunes confirmen les dades dels estudis previs i d'altres mostren resultats que divergeixen.

### **Característiques socio-demogràfiques i clíniques de la persona que realitza una conducta suïcida**

Si ens fixem en l'edat de les persones que han realitzat una conducta suïcida, les dades de la comarca d'Osona confirmen les de la literatura existent. Així, veiem que la mitjana d'edat entre les persones que moren per suïcidi és més elevada, amb una diferència estadísticament significativa de més de 16 anys. La mitjana d'edat de les persones que es van suïcidar és de 58,81 anys (DE 17,57), més elevada que la trobada per Gómez-Durán (21) en el seu estudi que va ser de 49,5.

Pel què respecta al sexe, les dades també concorden amb les d'estudis previs confirmant la “paradoxa de sexe” (9). Així, veiem que en les conductes suïcides sense resultat de mort la majoria són dones (66,2%), en canvi en el suïcidi la majoria són homes (78,1%), amb un percentatge lleugerament superior al d'Espanya l'any 2014 que va ser de 75,15% homes (17).

No hem trobat diferències significatives entre viure en un municipi rural o urbà, tot i que hem observat que viure en un municipi rural era més freqüent en les persones que van morir per suïcidi, amb un 53,3%, mentre que tan sols un 44,8% dels que no van morir per suïcidi residien en un municipi rural. Tal com apuntava Saurina (45) en el seu estudi, en futures recerques es podria aprofundir més en aquest sentit i explorar les diferències de sexe i edat segons el tipus de municipi.

En referència al fet de ser immigrant, el nostre estudi confirma la troballa d'Spallek (47) que les taxes de suïcidi entre els immigrants no es troben augmentades. Si mirem la proporció global d'immigrants entre les persones que presenten conducta suïcida, aquesta és d'un 15,3%, que concorda amb la taxa de població estrangera a la comarca (52). Si ens fixem, però, en la proporció d'immigrants entre els que



moren per suïcidi, aquesta és disminuïda, amb un 6,3% encara que sense significació estadística.

En relació a l'estat civil, les nostres dades confirmen la relació entre viduitat i suïcidi ja que hem trobat que un 18,5% dels morts per suïcidi eren vidus, però la relació entre estar separat i suïcidi divergeix de la literatura existent. Tot i que no podem interpretar la diferència trobada per manca de casos, si que veiem que hi ha una associació i, en contra de les dades trobades en altres estudis en què el fet d'estar separat s'associa amb el suïcidi (42), en el nostre estudi trobem que tan sols un 11,1% de les persones que van morir per suïcidi estaven separats i un 48,1% estaven casats. Els nostres resultats mostren una associació significativa de la viduitat en la mort per suïcidi, amb una OR de 2,644 (0,87 – 8,08) respecte als casats. El fet d'estar separat o solter mostra menys associació, amb una OR de 0,340 (0,10-1,22) i 0,688 (0,25 – 1,86) respectivament en relació amb els casats. Aquestes dades contradiuen les trobades per Milner (41) en la seva revisió i que mostren el fet d'estar casat com a relacionat negativament amb el suïcidi.

Pel que respecta a la situació laboral el nostre estudi ha trobat diferències estadísticament significatives en aquest sentit. Així, el fet de ser pensionista era l'estat més freqüent entre els que van morir per suïcidi, amb un 61,5%. Aquesta dada mostra coherència, ja que les persones que van morir per suïcidi eren més grans i, per tant, molts d'ells estaven jubilats. Pel que fa a la proporció de persones que treballaven i que van morir per suïcidi, hem trobat que va representar un 26,9%. Això concordaria amb els resultats de Gómez-Durán (21) en què un 22,9% dels que van morir per suïcidi eren actius laboralment, encara que només dona aquesta dada pels que tenien història al servei de salut mental.

En el nostre estudi no s'ha trobat associació entre estar inactiu laboralment i morir per suïcidi; això contradiu estudis com el de Milner (34) que troba l'atur amb un risc relatiu de suïcidi de 1.41 (95% CI 1.21–1.60) en contraposició a la OR de 0,560 (0,14 – 2,21) en els que no treballaven respecte als actius laboralment.

El fet de viure sol tampoc ha mostrat relació amb el suïcidi. Així, trobem que de forma global viure sol estava present en un 21,1% de la nostra mostra i un 30,4% dels que van morir per suïcidi. Tot i que observem una proporció lleugerament

superior en els que van morir respecte als que no, no hem trobat significació estadística. De totes maneres, en el nostre estudi es contemplava el nucli de convivència i no la sensació de soledat que és el que relacionaria amb la conducta suïcida tal i com apuntava Stickley (53).

La presència de trastorn mental ha mostrat una associació significativa en el nostre estudi però que difereix de la literatura. Així, en la majoria d'estudis previs es parla de presència de trastorn mental en entre un 80 i un 90% (22,30,31). Les dades que hem trobat és que hi ha presència de trastorn mental en un 91,1% de la mostra, fet que concordaria amb les troballes anteriors, però si ens fixem en aquells que han mort per suïcidi, el trastorn mental és present en un 59,4%. Gómez-Durán (21) trobava que tan sols un 45,5% dels que van morir per suïcidi tenien diagnòstic de trastorn mental i argumentava que no havien tingut accés a la història clínica d'una gran part de la mostra. En el nostre cas, sí que hi hem tingut accés i els resultats són els que hem exposat. Podria ser que en alguns casos el trastorn mental hi estigués present de forma incipient i encara no s'hagués realitzat el diagnòstic. Això donaria suport a la importància que té l'atenció primària de salut en la detecció precoç d'aquests trastorns i, de retruc, en la prevenció del suïcidi (1, 35).

Respecte a aquesta diferència de presència de trastorn mental entre els que van morir per suïcidi i els que no, podríem explicar-ho amb el tipus de diagnòstic, ja que un 41% dels que no van morir per suïcidi presentaven trastorn d'ansietat respecte a un 15,8% en els que van morir per suïcidi amb diferència estadísticament significativa. Si ens fixem en el tipus de trastorn d'ansietat en els que no van morir per suïcidi i que tenen diagnòstic de trastorn d'ansietat, el diagnòstic majoritari és el de trastorn adaptatiu, amb un 83,9%. Aquí podríem trobar una explicació respecte a la diferència en la prevalença de trastorn mental, i és que els que no moren com a resultat de la conducta suïcida, són valorats i visitats pel psiquiatre, i, per tant, hi ha la possibilitat d'establir el diagnòstic, mentre que no hi ha aquesta possibilitat en els que han mort. Aquesta alta prevalença del trastorn adaptatiu difereix de les dades aportades per Bentley, que trobava que el trastorn d'ansietat que més es relacionava amb el suïcidi era el TEPT (33).

El tipus de trastorn més prevalent entre els que van morir per suïcidi eren els trastorns afectius, amb un 57,9%. Això concorda amb els resultats trobats per

Gómez-Durán (21), en que la prevalença d'aquests trastorns va significar un 54,3%. Respecte als trastorns de personalitat, en el seu estudi van trobar una prevalença del 11,4% i en el nostre del 21,1%; en el cas dels trastorns psicòtics, van significar un 10,5% en el nostre estudi i un 17,1% en el seu.

En relació a la prevalença dels trastorns per abús/dependència de substàncies, el nostre estudi concorda amb les dades de la literatura, representant l'alcohol la substància més relacionada amb la conducta suïcida (22,32).

En relació a la comorbiditat psiquiàtrica, el nostre estudi mostra diferències significatives en el nombre de diagnòstics, amb una mitjana de 1,3 diagnòstics (DE 0,0667) entre els que no van morir per suïcidi respecte una mitjana de 0,84 (DE 0,884) entre els que van morir.

## **Característiques de la conducta suïcida**

La taxa de suïcidis a la comarca ha estat força estable durant el període d'estudi, amb taxes similars a les de Catalunya i més baixes que les espanyoles (3,16,17).

El nostre estudi mostra diferències en el mes de presentació de la conducta suïcida. Si ens fixem en els suïcidis, octubre és el mes amb major nombre de suïcidis amb un 21,9% (n=7) i el que menys, setembre, mes en que no s'ha registrat cap suïcidi en els 3 anys estudiats. L'anàlisi estadística mostra una tendència a una relació ja que l'associació lineal per lineal aporta un valor de 6,295,  $p=0,012$ , però no hi ha casos suficients per establir relació estadísticament significativa. No observem canvis segons estació, fet que difereix de l'estacionalitat trobada a la literatura (14,54).

Respecte el dia de la setmana, en global el dia amb major nombre d'episodis és dilluns (20,2%), fet que concordaria amb les dades trobades a la literatura, però en el nostre estudi el dia de la setmana amb major nombre de suïcidis és dissabte, amb un 21,9% d'aquests. Novament veiem associació amb una  $\chi^2=42,734$   $p=0,001$  però sense casos suficients per poder establir significació estadística.

Els mètodes utilitzats en la conducta suïcida concorden amb els trobats a la literatura, essent la sobreingesta medicamentosa el mètode més utilitzat en els

intents de suïcidi i el penjament en el suïcidi. En l'estudi de Gómez-Durán (21), els mètodes més utilitzats van ser el penjament en un 39,2%, la precipitació en un 30,4% i l'atropellament en un 11,4%, que concorda amb els nostres resultats en què el penjament ha significat un 38%, la precipitació un 16% i l'atropellament també un 16%.

La majoria dels suïcidis (90%) no havien presentat conducta suïcida l'any anterior. A la literatura es parla de la meitat aproximadament que tenien conducta suïcida prèvia (9). Les nostres dades no ho contradiuen ja que en el nostre estudi no hem tingut en compte les conductes suïcides que hi haguessin pogut haver amb anterioritat i ens hem centrat en l'últim any.

Pel què fa als motius que precipiten la conducta, els factors principals mostren força concordança amb els resultats de l'estudi de Burón (27), essent els problemes familiars el principal factor conjuntament amb els problemes de salut i els sentimentals. Així, el nostre estudi mostra que els problemes familiars eren el primer factor precipitant amb un 30,7%, i els sentimentals amb un 16,3% i Burón va trobar que els conflictes interpersonals era el factor precipitant en un 55,4%. Els problemes de salut van significar en un 30,7% el primer factor precipitant en el nostre estudi, i en el de Burón els problemes de salut mental significaven un 26,4% i els problemes relacionats amb la salut física un 5,4%. Sembla que els problemes econòmics i laborals no incidirien de forma tant important com hauríem pogut imaginar abans de l'estudi, significant un 5,4% els problemes econòmics i un 4,2% els laborals. Burón, en canvi, va trobar que les dificultats econòmiques significaven un 15,4%.

## **Relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida**

Els determinants que veiem relacionats de forma més clara amb la conducta suïcida són l'edat, el sexe i la presència de trastorn mental.

Si bé és cert que s'han trobat diferències en altres determinants com poden ser l'estat civil i la situació laboral, quan s'ha fet la regressió no ha mostrat més relació que els anteriorment citats.

El nostre estudi mostra menys presència de trastorn mental en les persones que moren per suïcidi, amb una OR ajustada de 0,131 (0,04 – 0,39) per els que van morir per suïcidi respecte els que no. La comorbiditat psiquiàtrica també ha estat més elevada entre els que no van morir per suïcidi, amb una mitjana de 1,3 diagnòstics (DE 0,0667) respecte una mitjana de 0,84 (DE 0,884) entre els que van morir. La prevalença més baixa de trastorn mental, però, confirmaria la tendència a la baixa que trobava Cho (31) en la seva revisió.

El seguiment previ a salut mental no ha mostrat diferències significatives, amb un 47,1% de seguiment previ entre els que no van morir per suïcidi i un 43,8% els que sí. El que sí que ha mostrat diferències ha estat el lloc on es va realitzar el seguiment previ, essent el servei de salut mental del CHV en el 86,9% dels que no van morir per suïcidi i en el 67,7% els que sí. Seria important veure les diferències en l'atenció proporcionada en el seguiment previ per tal d'establir mecanismes de prevenció del suïcidi.

## **Limitacions**

L'estudi presenta algunes limitacions. Malgrat tenir un registre de suïcidis complet i fiable, ja que les dades provenen de l'acord amb l'IMLC, el nombre és petit i no permet establir associacions importants. Pel que respecta a la resta de conductes suïcides registrades, tot i el nombre considerable d'aquestes, no podem assegurar que tinguem comptabilitzades totes les que s'han produït a la comarca durant el període d'estudi, ja que n'hi ha que poden haver estat ateses a altres centres i també n'hi ha que poden no haver requerit assistència. També n'hi poden haver hagut al centre que no hagin estat registrades, ja que el registre el realitza manualment el psiquiatre de guàrdia.

Cal tenir en compte també que la comparació de l'estudi la realitzem en persones que ja tenen una conducta suïcida, és a dir, la comparació no s'ha realitzat amb la població general.

Una altra limitació a tenir en compte és que en el nostre estudi vam considerar com a factor precipitant la salut en general, i no vam distingir entre problemes de salut física i salut mental. En un proper estudi seria rellevant distingir-los.

## **Futures línies de recerca**

Vistos els resultats i la dificultat per establir associacions en algunes de les variables degut a la mostra de suïcidis, es podria replicar l'estudi incloent tots els casos des de l'acord de 2006 amb l'IMLC, i explorar en profunditat el tipus d'atenció i seguiment oferts des del servei de salut mental.

# CONCLUSIONS

## Característiques socio-demogràfiques i clíniques de la persona que realitza una conducta suïcida

- L'edat és un determinant de salut rellevant en relació al suïcidi, amb una major mortalitat en edats més avançades.
- El sexe determina clarament la forma d'aparició de la conducta suïcida: de cada cinc suïcidis que es produeixen, 4 són homes i un és dona. De cada deu intents de suïcidi que es produeixen, 7 són dones i 3 són homes.
- Les persones pensionistes tenen un risc 3,8 vegades superior que les treballadores de morir per suïcidi.
- L'estat civil és un determinant social de la salut que afecta al suïcidi, les persones vídues tenen un risc 2,6 vegades superior a les casades de morir per suïcidi.
- Menys de la meitat havia realitzat seguiment a salut mental l'any anterior tot i que el 90% tenia un trastorn mental.
- Les persones que van morir per suïcidi patien més trastorns afectius.
- Les persones que no van morir per suïcidi patien més trastorns d'ansietat.

## Característiques de la conducta suïcida

- La taxa de suïcidis s'ha mantingut estable durant el període d'estudi.
- No s'ha trobat un patró d'estacionalitat en la conducta suïcida.

- El mètode més utilitzat pel suïcidi és el penjament, i per els intents la sobreingesta medicamentosa.

## **Relació dels determinants de la salut amb la conducta suïcida**

- L'edat, el sexe i la presència de trastorn mental són els determinants que més es relacionen amb la conducta suïcida.
- Les persones separades tenen un risc de suïcidi inferior que les casades, però no s'ha explorat la qualitat de les relacions.
- Les persones que no treballen tenen un risc inferior que les que treballen de morir per suïcidi, però no s'han explorat les condicions laborals.
- En futures recerques seria necessari augmentar la mida de la mostra per confirmar les troballes, així com explorar quins són els mecanismes i circuits del sistema de salut que ajuden a prevenir la mort per suïcidi.



## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
2. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.* juny 2012;14(2):177-86.
3. IDESCAT. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Suïcidis. Per sexe i províncies [Internet]. 2013 [citad 10 gener 2016]. Recuperat de: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616>
4. Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Generalitat de Catalunya. Codi Risc De Suïcidi. Barcelona; 2015.
5. World Health Organization (WHO). Social determinants of health. World Health Organization [Internet]. 2015 [citad juliol 2016]. Recuperat de: [http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants)
6. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. [Internet]. 2014. [citad juliol 2016]. Recuperat de: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori\\_efectes\\_crisi\\_salut\\_document.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf)
7. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* octubre 2006;36(5):519-32.
8. Sheehan D V, Giddens JM, Sheehan KH. Current assessment and classification of suicidal phenomena using the FDA 2012 draft guidance document on suicide assessment: A critical review. *Innov Clin Neurosci.* setembre 2014;11(9-10):54-65.
9. Liotta M, Mento C, Settineri S. Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggress Violent Behav.* març 2015;21:97-109.
10. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav.* juny 2007;37(3):248-63.
11. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal

- behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* juny 2007;37(3):264-77.
12. Nock MK. *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury.* Oxford: Oxford Uni Press (OUP); 2014.
  13. Cavanagh B, Ibrahim S, Roscoe A, Bickley H, While D, Windfuhr K, et al. The timing of general population and patient suicide in England, 1997-2012. *J Affect Disord.* juny 2016;197:175-81.
  14. Coimbra DG, Pereira E Silva AC, de Sousa-Rodrigues CF, Barbosa FT, de Siqueira Figueredo D, Araújo Santos JL, et al. Do suicide attempts occur more frequently in the spring too? A systematic review and rhythmic analysis. *J Affect Disord.* 15 maig 2016;196:125-37.
  15. Weinberg I, Lubin G, Shmushkevich M, Kaplan Z. Elevated suicide rates on the first workday: a replication in Israel. *Death Stud.* octubre 2002;26(8):681-8.
  16. Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. *Suicidios España. Estadísticas 2013.* Madrid; 2015.
  17. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. 2014 [citad 3 juny 2016]. Recuperat de:  
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2652&capsel=2656>
  18. Reulbach U, Biermann T, Markovic K, Kornhuber J, Bleich S. The myth of the birthday blues: a population-based study about the association between birthday and suicide. *Compr Psychiatry.* gener 2007;48(6):554-7.
  19. Salib E, Cortina-Borja M. Effect of month of birth on the risk of suicide. *Br J Psychiatry.* 1 maig 2006;188(5):416-22.
  20. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organization.* 2008;86(9):726-32.
  21. Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó C. Psychiatric disorders in cases of completed suicide in a hospital area in Spain between 2007 and 2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* gener 2016;9(1):31-8.
  22. Anseán Ramos A. *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida.* 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2015.
  23. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: a systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. *J Affect Disord.* 15 gener 2015;171:93-104.

24. National Violent Death Reporting System NVDRS. Violence Prevention Injury Center CDC [Internet]. [citat 3 juny 2016]. Recuperat de:  
<http://www.cdc.gov/violenceprevention/nvdrs/>
25. Logan JE, Skopp NA, Reger MA, Gladden M, Smolenski DJ, Floyd CF, et al. Precipitating circumstances of suicide among active duty U.S. Army personnel versus U.S. civilians, 2005-2010. *Suicide Life Threat Behav.* febrer 2015;45(1):65-77.
26. Fernández-Cabana M, Jiménez-Félix J, Alves-Pérez MT, Mateos R, Gómez-Reino Rodríguez I, García-Caballero A. Linguistic analysis of suicide notes in Spain. *Eur J Psychiatry. Asociación Universitaria de Zaragoza para el Progreso de la Psiquiatría y la Salud Mental*; juny 2015;29(2):145-55.
27. Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Arch Suicide Res.* 4 gener 2016;20(1):45-58.
28. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* gener 2013;21(6):281-95.
29. Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ [Internet]*. [citat gener 2016];1-14. Recuperat de:  
<https://vpngateway.udg.edu/article/10.1007/DanaInfo=link.springer.com+s10198-015-0760-3>
30. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* gener 2004;4:37.
31. Cho S-E, Na K-S, Cho S-J, Im J-S, Kang S-G. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 gener 2016;190:704-13.
32. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One.* gener 2015;10(5):e0126870. [Internet]. [citat maig 2016] Recuperat de:  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126870>
33. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* febrer 2016;43:30-46.
34. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. *Psychol Med.* abril 2014;44(5):909-17.

35. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2012. [Internet]. [citad febrer 2016] Recuperat de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)
36. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Strong evidence that the economic crisis caused a rise in suicides in Europe: the need for social protection. *J Epidemiol Community Heal*. 15 gener 2013;67(4):298-298.
37. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 25 juliol 2009;374(9686):315-23.
38. Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J psychiatry*. 22 juny 2015;5(2):243-54.
39. Ceccherini-Nelli A, Priebe S. Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. octubre 2011;46(10):975-82.
40. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. gener 2013;8(1):e51333. [Internet]. [citad maig 2016] Recuperat de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0051333>
41. Milner A, Hjelmeland H, Arensman E, Leo D De. Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociol Mind*. 18 novembre 2013;03(02):137-48.
42. Kazan D, Caele AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *J Affect Disord*. 15 gener 2016;190:585-98.
43. Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *J Affect Disord*. juliol 2014;163:1-9.
44. Sáiz PA, Bobes J. Suicide prevention in Spain: an uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr y salud Ment*. gener 2014;7(1):1-4.
45. Saurina C, Marzo M, Saez M. Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. *Int J Equity Health*. 8 setembre 2015;14(1):75.
46. Wallis L. Rural youths commit suicide almost twice as often as urban counterparts. *Am J Nurs*. juny 2015;115(6):15.

47. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe - a systematic literature review. *Eur J Public Health*. febrer 2015;25(1):63-71.
48. Han S, Lee H-S. Factors associated with suicidal ideation: the role of context. *J Public Health (Oxf)*. juny 2013;35(2):228-36.
49. Jiménez Nuño J, Arrufat Nebot FX, Carrera Goula R, Gay Pastor M. Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Rev Española Med Leg*. Elsevier; 1 octubre 2012;38(4):131-6.
50. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Evolució de la mortalitat per suïcidi a Catalunya en el període 2000-2013: quin impacte ha tingut la crisi econòmica? [Internet]. 2016. [citat maig 2016]. Recuperat de: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_central\\_resultats/informes/fitxers\\_estatics/MONOGRAFIC\\_19\\_mortalitat\\_suicidis.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/MONOGRAFIC_19_mortalitat_suicidis.pdf)
51. Pons J, Bleda F, Riera M, Riesco L, Urbea A, Arrufat FX, et al. Programa de gestió de casos de temptatives autolítiques a la comarca d'Osona. En: *Seminari del CORE: Etiologia, Intervenció i Prevenció del Suïcidi*. 2015.
52. Consell Comarcal d'Osona. Observatori Socioeconòmic d'Osona [Internet]. [citat 16 maig 2016]. Recuperat de: <http://www.observatorisocioeconomicosona.cat/index.php?seccio=flaix>
53. Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *J Affect Disord*. juny 2016;197:81-7.
54. Christodoulou, C., Efstathiou, V., Bouras, G., Korkoliakou, P., Lykouras, I. Seasonal Variation Of Suicide: A Brief Review. *Encephalos*. 2012;49:73-9.

# ANNEXES

ANNEX 1: Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi.



## Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi

Dr. Eduardo Kanterewicz, President del Comitè Ètic d' Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES)

Faig constar

Que d'acord amb els antecedents documentals que existeixen en els arxius del CEIC,

**PONS BAÑOS JUDIT**

consta en qualitat d'investigador/a principal del projecte:

**Relació entre els determinants socials de la salut i la conducta suicida a la comarca d'Osona durant els anys 2013-2015**

Codi CEIC 2016906

Codi Propi PR137

Va ser aprovat per aquest

**Eduardo Kanterewicz**



Vic, 14 de abril de 2016